

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 mars 1904 à 1 heure.

PAR

Joseph GAUTIER

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

Ulcérations rebelles de la main

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. TUFFIER, LEGUEU, agrégés,
M. MAUCLAIRE, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Royen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique médicale.....	}	DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANCON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		Vaquez
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité
Président de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
ULCÉRATIONS REBELLES DE LA MAIN

INTRODUCTION

La main est une région présentant de temps à autre, des ulcérations qui par leur siège et leur nature sont en général excessivement rebelles.

La main, en effet, est exposée aux heurts, aux chocs violents ; elle est toujours en mouvement.

D'autre part les ulcérations qu'on y rencontre sont le plus souvent de nature épithéliomateuse ou tuberculeuse et par conséquent offrent peu de tendance à la guérison spontanée.

Etant donné leur siège, ces ulcérations sont très gênantes ; elles sont parfois douloureuses. Rarement elles rétrocedent ; au contraire, leur évolution, bien que généralement lente, suit une marche progressive.

Après des mois, des années, les malades se présentent avec des ulcérations souvent fort étendues : et cependant ces malades se sont soignés : tous n'ont pas négligé leur mal ; tour à tour, les pâtes les plus diverses, les onguents les plus variés ont été employés : rien n'a arrêté le mal.

Quelquefois, au début de leur affection on a proposé à ces malades d'enlever leur tumeur, mais, trop pusillanimes, ils s'y sont refusés : ils ont préféré des procédés qui les effrayaient moins et auxquels ils croyaient : ils ont été déçus, et ils reviennent encore, demandant enfin qu'on les débarrasse.

Mais devant ces ulcérations qui ont pris des proportions considérables, on hésite : on recule devant une intervention qui va créer une large perte de substance. Il n'y a pas cependant à songer à autre chose : il faut enlever, et vite, ce mal qu'on a eu tort de ne pas extirper plutôt.

Il y aura évidemment une grande brèche à combler : mais l'autoplastie n'est-elle pas là pour réparer ces délabrements ? Depuis des années déjà la méthode italienne a fait ses preuves : ses succès ne se comptent plus. Et cependant, nombre de praticiens tergiversent encore : ils s'en remettent aux spécialistes, et ne pensent pas toujours aux heureux résultats que leur fournirait une ablation complète suivie d'une autoplastie à l'Italienne.

Ces heureux résultats, nous les avons constatés plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu de Rennes dans le service de notre maître, le docteur Dayot : déjà nous

avons vu les nombreuses communications de M. le professeur Berger à ce sujet : les succès nombreux et constants qu'il a obtenus sont frappants.

Il nous a semblé intéressant de recueillir ces observations et d'en constater les rapides et parfaits résultats. Leur intérêt réside surtout dans le fait de la comparaison de cette méthode avec les nombreux moyens préconisés comme traitements des ulcérations néoplasiques et autres de la main.

Cette étude, toute comparative, présentera donc deux parties. Dans la première, nous passerons en revue les méthodes nombreuses employées dans les cas d'épithélioma et de lupus qui sont les deux principales espèces d'ulcérations de la main : nous verrons avec quelques détails les procédés les plus importants de façon à en faire une critique complète.

Dans la deuxième partie, nous exposerons les observations recueillies et nous en constaterons les succès constants : enfin, après avoir détaillé la technique du procédé chirurgical suivi d'autoplastie nous en ferons ressortir les avantages et les inconvénients pour les opposer aux résultats obtenus dans des cas semblables par les autres procédés de traitement.

Voici, résumé, le plan général de cette étude :

I. — *Revue critique des différents traitements employés contre les ulcérations de la main.*

A. — Traitements de l'épithélioma. Discussion.

B. — Traitement du lupus. Discussion.

II. — *Traitement par l'ablation large et l'autoplastie consécutive.*

A. — Observations. Résultats.

B. — Technique opératoire.

C. — Avantages et inconvénients du procédé.

D. — Indications et contradictions.

Conclusions.

Avant de commencer cette étude qui doit terminer notre première éducation médicale, nous considérons comme un devoir d'adresser aux maîtres qui ont guidé nos premiers pas, dans cette science si difficile, et que nous connaissons encore si imparfaitement, nos hommages de reconnaissance.

Nous devons particulièrement remercier M. le docteur Dayot, le maître affable et dévoué dont nous avons été l'interne pendant un an. C'est lui qui nous a engagé à travailler cette thèse et c'est dans son service que nous avons recueilli les principales observations qui y sont publiées. Que M. le docteur Hardouin, alors chef de clinique du service, reçoive ici notre meilleur souvenir.

L'année que nous venons de passer également comme interne dans le service du docteur Bertheux comptera parmi les meilleures de nos années d'études. Jamais nous n'oublierons le maître bienveillant qu'il fut pour nous. Il avait l'art d'aplanir les difficultés parfois insurmontables pour notre inexpé-

rience, de la clinique médicale. Qu'il veuille bien accepter le respectueux hommage de notre reconnaissance.

M. le D^r Le Moniet nous a initié aux principes de la chirurgie et pendant l'année d'externat passée dans son service, il nous a fait profiter de son enseignement si clair et si méthodique.

A MM. les D^{rs} Perrin de la Touche, directeur de de l'École de médecine, Perret, Castex, Follet, Bodin, Véron, nous adressons nos sentiments de profond respect.

M. le professeur Tillaux nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous lui en sommes respectueusement reconnaissant.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

Revue critique

Des différents traitements employés contre les ulcérations de la main.

1° Traitement des épithéliomas.

De tous temps on a cherché à guérir le cancer par des moyens médicaux : le nombre et la variété des traitements indiquent suffisamment à eux seuls le peu de succès et par suite le peu de confiance qu'on doit avoir dans toutes ces préparations.

On peut donc dire que le traitement des épithéliomas reste exclusivement chirurgical. Bien souvent, lorsque la tumeur est prise au début, alors que les prolongements néoplasiques sont peu étendus, le manuel opératoire est simple : ablation large de la tumeur, extirpation des ganglions épitrochléens et axillaires s'ils sont envahis ou seulement s'ils paraissent suspects : il faut également enlever profondément la tumeur, racler, curetter tous les tissus sous-

jacents ; on aperçoit alors un tissu sain, rosé, de bonne nature ; quelques points de suture suffisent pour amener une guérison rapide et radicale.

Mais tous les cancers de la main ne sont pas justiciables d'une opération aussi simple : il arrive fréquemment que la tumeur épithéliomateuse a déjà envahi une grande partie des tissus et l'on ne peut songer à l'ablation sans se trouver en présence d'une large perte de substance impossible à combler par le simple rapprochement des bords de la plaie.

C'est précisément de ces cas dont nous voulons parler ; c'est surtout dans ces conditions que l'on a préconisé les moyens médicaux dont nous voulons dire quelques mots pour juger un peu de leurs résultats et les comparer au traitement par l'ablation suivi d'autoplastie.

Decloux, dans sa thèse inaugurale (1), a bien exposé les différents traitements que l'on a tour à tour employés contre l'épithélioma cutané. Il les a divisés en :

a). Traitements internes.

b). Modificateurs externes et agents destructeurs.

Du traitement interne nous ne dirons que quelques mots, car si l'état général du malade peut parfois se bien trouver d'un régime fortifiant, son effet local sur le néoplasme paraît bien illusoire ; et l'iode, le mercure, l'iodure de potassium, la quinine, le chlorate de potasse, l'arsenic surtout, considérés à tour de

1. Decloux. Thèse de Paris, 1901.

rôle comme spécifiques, ont dû bien vite être délaissés. Il existe cependant quelques observations de Pospoloff, professeur à Moscou, et de Lassar (1), d'après lesquelles ce mode de traitement aurait été couronné de succès, mais ce n'est d'ailleurs qu'un traitement purement empirique et qui n'offre aucune garantie sérieuse.

Quant aux agents externes, ils sont presque innombrables, et s'ils ont tous quelques guérisons isolées à leur actif, presque tous aussi ne sont plus employés qu'à titre palliatif dans des cas désespérés ou inopérables.

C'est ainsi que l'on a employé sur la peau malade de l'eau simple très chaude ou très froide des cataplasmes de fécule de pomme de terre, de farine de graine de lin. Les narcotiques ont été employées : la ciguë d'abord on l'a administrée sous toutes ses formes : poudre, infusion, extrait, principes actifs et toutes ses formes ont agi de la même manière, c'est-à-dire en n'amenant aucun résultat favorable, sauf celui de trouver un certain soulagement moral au malade en lui donnant l'espérance d'une guérison, espérance vite déçue. La belladone, l'aconit, l'opium ont souvent remplacé la ciguë avec le même résultat.

De nombreuses substances antiseptiques et chimiques ont été préconisées sous toutes leurs formes : des pommades à l'iode de potassium, l'iode de plomb, acides phénique, borique, pyrogallique : des

1. Lassar. *Semaine médicale*, 1893.

badigeonnages à l'acide lactique, acide acétique, acide chromique, au nitrate acide de mercure, au nitrate d'argent ou chlorure de zinc, à la potasse caustique ; des poudres telles que l'iodol, l'aristol, la résorcine ; des solutions de chlorate de potasse, d'arsenic, des emplâtres à la résorcine, de Unna : des pâtes de Canquoin, arsenicales ; des injections hypodermiques modificatrices d'alcool, de térébenthine, d'acide tannique, de liqueur de Fowler, d'iodure d'arsenic, d'iodure de potassium, d'*hamamelis virginica*, d'ergotine, de naphthol camphré. On a même associé des applications simultanées ou successives de médicaments différents. M. Darier emploie l'acide chromique et le bleu de méthylène : M. Kühne, d'Elbeuf, l'acide chromique et l'acide arsénieux ; le Dr Gavino (Congrès de Rome), le sublimé et l'acide azotique. Il n'est pas jusqu'à l'inoculation des streptocoques de l'érysipèle (Bush et Fehleisen) que l'on ait tenté dans un but thérapeutique, contre le cancer, qui eût aussi ses essais de sérothérapie. A cette longue énumération de corps chimiques, nous ajouterons l'emploi de la galvanisation et de la cautérisation par le feu.

De tous ces moyens, nous ne retiendrons pour les examiner un peu en détail, que ceux capables de détruire la tumeur : les destructeurs chimiques et la cautérisation ignée.

Pour ce qui est des caustiques chimiques, on peut caractériser d'un mot les reproches à leur adresse : le caustique, en général, est un destructeur brutal et

aveugle : et il est toujours dangereux entre des mains inhabiles ou trop timides. Il existe, en outre, dans le mode d'accroissement des tumeurs, une étroite parenté des tissus néoplasiques et des tissus sains, parenté telle qu'il ne peut guère exister de caustique spécifique, c'est-à-dire, un agent capable de détruire la vitalité des cellules néoplasiques en les poursuivant dans l'intimité des tissus sains sans altérer aussi ces derniers.

Dans ces dernières années, cependant, plusieurs travaux ont été tentés, en vue d'essayer de trouver l'action spécifique de l'arsenic à l'égard du cancer ; et les différentes pâtes arsenicales que l'on avait employées jusque-là, pâte du Frère Cosme, pâte de Rousselot, de Dubois, de Dupuytren, etc., ont reçu une heureuse modification dans la solution hydro-alcoolique de MM. Cerny et Trunczek, de Prague.

Mais aux yeux des auteurs de cette méthode eux-mêmes, le traitement qui devait obtenir « la guérison radicale du cancer épithélial » (*Semaine Médicale*, mai 1897) ne tardait pas à avoir quelques inconvénients et ne se trouvait pas applicable à tous les cas. Aussi dans la *Semaine Médicale* de 1899, publiaient-ils un nouvel article « sur les formes de cancer justiciables des applications arsenicales » : de sorte que les résultats obtenus sont loin d'avoir confirmé la spécificité de ce traitement et l'action élective de l'arsenic.

Le traitement de MM. Cerny et Trunczek a été expérimenté souvent depuis ; si l'on en a fait ressor-

tir les avantages, on en a critiqué ses inconvénients ; il nous suffira donc de les reproduire brièvement.

C'est d'abord la douleur, douleur si intense et si persistante qu'elle a pu provoquer des syncopes. A la Société de Dermatologie, en mars 1898, M. Hallopeau signalait ces douleurs, et M. Hermet d'ajouter : « M. Cerny m'a dit qu'à Prague, beaucoup de malades refusent de continuer le traitement à cause des douleurs qu'il provoque ». De plus, les anesthésiques paraissent inefficaces contre cette souffrance ; on a en effet, sans grands succès, incorporé l'orthoforme à la solution Cerny-Truncceek ; et l'injection préalable de cocaïne est aussi inefficace, « car la douleur acquiert son maximum dans les cinq ou six heures qui suivent son application.

C'est ensuite l'œdème périphérique. M. Ducastel, toujours dans la même séance à la Société de Dermatologie, disait : « Je me suis efforcé d'appliquer exactement les préceptes détaillés qu'ont donné les auteurs dans leur communication à la *Semaine Médicale*, et j'ai dû y renoncer en présence de la violente inflammation produite par l'acide arsénieux.

On a signalé également un coryza rebelle et de la conjonctivite. Pascal (1) considère comme « chimérique » le danger d'intoxication possible par l'arsenic ; il semble cependant qu'il faudrait tenir compte de l'âge, et de la résistance du sujet, ainsi que de l'étendue de la lésion et de la surface d'absorption.

1. Pascal. Thèse Montpellier, 1898.

Enfin la récidive est loin d'être rare et alors tout le monde est unanime à ne pas temporiser plus longtemps avec les caustiques chimiques.

Que dire maintenant de la cautérisation ignée et du chlorate de potasse et de magnésie ?

Nous donnerons quelques mots d'explication sur la technique opératoire de ce mode de traitement.

Voici en résumé la façon dont procédait M. le professeur Gaucher quand il était à l'hôpital Saint-Antoine.

Une précaution indispensable est d'abord de débarrasser la tumeur de tous les produits concrétés à sa surface, de la déterger complètement, afin que les tissus infectés soient bien directement exposés au cautère.

On pratique alors la cautérisation : dans la grande majorité des cas, l'anesthésie locale est superflue.

Avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère, mais, de préférence avec le couteau du thermo-cautère porté au rouge sombre, s'il s'agit d'une surface fongueuse et très vasculaire, au rouge vif, si l'hémorrhagie n'est pas à craindre, on cautérise à plat et au centre d'abord, toute la partie saillante ou ulcérée ; puis peu à peu, en repassant plusieurs fois au même endroit, si cela est utile, on arrive à la profondeur que l'on juge nécessaire pour que les tissus infectés soient détruits.

Ensuite toujours avec le couteau du thermo-cautère, mais tenu un peu plus verticalement, de façon

à limiter bien nettement, par un petit sillon, les dimensions de la tumeur, on cautérise avec beaucoup de soins le bourrelet périphérique.

S'il s'agit d'un néoplasme volumineux ayant une ulcération déjà fort étendue, il sera préférable, nécessaire même pour éviter une perte de substance trop considérable, d'opérer à plusieurs reprises, pour ainsi dire par lots, ou de se contenter de faire sur certains points de l'ignipuncture interstilielle avec la pointe fine du thermo-cautère ou du galvano-cautère, suivant la méthode décrite par M. Besnier.

Les soins consécutifs à donner à la cautérisation ont également une importance capitale : une simple pulvérisation boriquée de dix minutes environ est nécessaire ; la congestion de la peau voisine produite par le fer rouge sera ainsi calmée, et les quelques gouttes de sang qui auraient pu perler au niveau de la partie cutanée disparaîtront. Immédiatement après on appliquera un pansement humide simple que le malade gardera jusqu'au lendemain matin.

Les jours suivants, et pendant quatre à cinq jours, on fera chaque matin une pulvérisation boriquée, suivie d'un pansement humide.

Lorsque vers le quatrième ou le cinquième jour, l'eschare complètement détachée sera tombée, on continuera encore les pulvérisations et l'on appliquera alors en permanence pendant toute la journée une couche de pommade au chlorate de magnésie, dont voici la formule employée par M. Gaucher :

Chlorate de magnésie. 5 grammes.
Vaseline 30 grammes.
Poudre de talc porphyrisée et stérilisée q. s. pour épaissir.

On peut remplacer cette pommade au chlorate de magnésie par une pommade semblable au chlorate de potasse et formuler ainsi :

Chlorate de potasse pulvérisé. . . 5 grammes
Vaseline 30 grammes.
Poudre de talc ou d'amidon. . . . q. s. pour épaissir.

Enfin si la cautérisation pour une raison quelconque n'a pas été complète ou suffisante, on pratiquera dès qu'il sera nécessaire, une nouvelle cautérisation, toujours suivie d'une pulvérisation et de l'application d'un pansement humide pendant 24 heures et le traitement sera repris comme précédemment.

Quant au nombre de cautérisations, il ne saurait naturellement être fixé d'avance.

On a cité quelques cas bénins d'épithéliomas superficiels et de dimensions très restreintes où une seule cautérisation a pu suffire : généralement cependant cette opération a dû être renouvelée.

La durée de ce traitement est également fort variable : dans plusieurs cas, il a duré des années et encore sans aboutir à un résultat bien net : généralement il faut plusieurs mois.

Cependant il est incontestable que ce traitement présente quelques avantages et que dans les cas où pour une raison quelconque, il n'est pas possible de

songer à l'ablation, on sera heureux de recourir à ce procédé.

C'est en effet, un moyen certain de destruction : pour peu que l'on ne soit pas trop timide ou craintif à l'excès, on arrivera rapidement et à peu près complètement à la destruction du néoplasme.

C'est un moyen de destruction intelligente : sans cesse guidé par l'œil, on peut limiter l'action du cautère, soit en étendue, soit en profondeur surtout.

Cela seul lui donne une supériorité considérable sur les caustiques chimiques, qui, comme nous l'avons vu sont souvent insuffisants ou trop énergiques. C'est donc substituer une destruction puissante, mais limitée au gré de la volonté à une destruction aveugle et brutale.

C'est un moyen inoffensif qui, s'il ne réussit pas toujours, n'empêche pas de recourir à un autre mode de traitement, et ne produit pas sur les néoplasies une irritation qui peut en aggraver le pronostic et en accélérer la marche.

Ajoutons à cela, que dans les cas très graves, à peu près désespérés, où la surface atteinte est considérable, dans les cas de cancers avancés, pour arrêter sur des points déjà atteints ou sur d'autres qui sont menacés, l'extension du néoplasme, la fonte des tissus et toutes les conséquences plus ou moins graves qui en découlent, un des meilleurs moyens thérapeutiques est encore le thermo-cautère : moyen palliatif sans doute, mais susceptible cependant de pro-

curer un peu d'amélioration, lorsqu'il n'existe plus aucune chance de guérison.

Enfin les récidives, quand elles ont lieu, sont justiciables du même traitement ; on peut surveiller la cicatrisation, et à la moindre alerte, au moindre point qui paraît suspect, on intervient de nouveau par prudence même souvent.

Mais aucun des nombreux traitements de l'épithélioma n'est exempt d'inconvénients, et pas plus que les autres, la cautérisation ignée ne peut avoir la prétention d'être sans cesse heureuse dans ses résultats.

D'abord ce procédé ne peut pas s'adresser aux épithéliomas accompagnés d'engorgements ganglionnaires, et c'est le grand nombre, car s'il peut faire disparaître le foyer cutané, il restera impuissant contre le foyer ganglionnaire qui relève du bistouri.

Le traitement que nous avons décrit n'est donc curatif que dans les épithéliomas exclusivement cutanés et superficiels.

Quant à la douleur que provoque la cautérisation, elle est réelle et parfois très vive ; notons cependant qu'en général cette douleur est supportable, et la plupart des malades subissent cette petite opération sans anesthésie.

D'autre part, ce traitement est habituellement assez long, et si une fois ou deux, le patient supporte le thermo-cautère sans beaucoup de plaintes, il arrive parfois qu'il s'en fatigue et qu'il se refuse à

continuer tout traitement : il est, en effet, bien difficile de convaincre des gens qui se refusent à croire à l'importance de leur affection ou qui, très optimistes, se croient guéris alors qu'ils ne sont qu'améliorés, il est bien difficile de les convaincre qu'ils doivent s'astreindre à un traitement sérieux et continu.

Enfin ces cautérisations, qu'elles soient uniques ou répétées, aboutissent souvent, surtout si la tumeur est étendue, à une large eschare qui en tombant laisse une perte de substance considérable, perte de substance que les applications de chlorate de potasse ou de magnésie ne parviendront pas à combler et qui laissera le malade en traitement pendant des mois et des années sans aboutir à un résultat appréciable.

A propos de ce traitement, nous nous résumerons de la façon suivante :

1° Ce traitement n'est curatif que dans les épithéliomas exclusivement cutanés, superficiels, de peu d'étendue et non accompagnés d'engorgements ganglionnaires.

Même dans ces cas, il a contre lui un certain nombre d'inconvénients que nous venons d'énumérer.

2° Dans les épithéliomas propagés aux parties profondes, il ne sera que palliatif.

Il reste enfin un moyen de traitement que nous avons signalé au début de cette étude : l'ablation, non pas l'ablation de ces tumeurs de petites dimensions où les bords de la plaie se rapprochent facilement, mais l'ablation de ces tumeurs laissant après

elles une large perte de substance que l'on comble par les procédés autoplastiques.

C'est le traitement que nous étudierons après avoir publié les observations recueillies.

C'est aussi ce moyen que nous signalerons à propos des lupus de la main : aussi allons-nous procéder pour les affections tuberculeuses de la main, comme nous l'avons fait pour l'épithélioma.

2. — *Traitement des lupus.*

A l'heure actuelle, il y a à peu près entente parfaite sur la nature du lupus. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du traitement. Unanimes à constater la désespérante tenacité de cette affection, les dermatologistes se sont de tous temps ingéniés à lui appliquer les médications les plus diverses avec des résultats plus ou moins heureux.

Nous passerons donc en revue ces différentes méthodes et nous en étudierons leurs résultats, leurs avantages et leurs défauts. Nous répétons à propos du lupus ce que nous avons dit pour l'épithélioma : nous ne nous occupons que des traitements susceptibles d'être appliqués aux cas un peu spéciaux qui nous intéressent et non au lupus en général.

Nous procéderons dans l'ordre suivant :

1^o Traitement général seul : par l'hygiène, les médicaments, les sérums.

2° Traitements locaux : caustiques chimiques et procédés chirurgicaux comprenant : la scarification, le raclage, l'ignipuncture et l'air chaud, les cautérisations profondes et l'ablation chirurgicale : électricité, photothérapie.

I. — *Traitements de l'état général.* — La plupart des lupiques sont de souche tuberculeuse et ont présenté eux-mêmes des manifestations scrofuleuses. La statistique que Leloir a publié dans son ouvrage sur les scrofuloses de la peau est éloquent sur ce point. Sur 312 lupiques, Leloir a trouvé que :

113 étaient de souche tuberculeuse.

64 avaient des parents atteints d'accidents scrofulo-tuberculeux.

186 habitaient avec une personne (parents, domestiques, camarades d'atelier) atteints de tuberculose.

26 avaient des parents atteints eux aussi de lupus.

Le lupique n'est donc pas atteint d'une affection purement locale : son organisme tout entier est malade et gravement menacé. Le médecin doit le regarder comme un tuberculeux et le traiter comme tel.

En réalité le traitement général de la tuberculose est toujours institué en présence d'un lupus. Mais la question n'est pas là, et ce paragraphe a sa raison d'être dans le fait de savoir si ce traitement général peut être avec succès employé seul sans concurrence de traitement local.

Quels résultats nous donnera l'hygiène, c'est-à-dire

la règle de vie, le *modus vivendi* du tuberculeux, par conséquent la cure d'air et la suralimentation ? On a constaté que sous ces influences, le lupus se modifiait considérablement.

Dans la thèse de M. Darbois sur le traitement du lupus vulgaire selon les indications, nous relevons une observation que lui avait communiquée M. Morin, médecin du sanatorium du Mont-Blanc, à Leysin.

« X..., 35 ans, est arrivé il y a environ six mois à Leysin portant au sommet droit un foyer d'infiltration et de ramollissement assez étendu. Indépendamment de son affection pulmonaire, il avait deux larges plaques de lupus, l'une à la face interne du coude gauche, l'autre sur le dos de la main. Ce lupus était en voie de progression et présentait de nombreux noyaux disséminés à sa périphérie. La plus grande surface était ulcérée et couverte d'une épaisse couche de pus desséché.

Après quelques mois de cure d'air d'altitude, l'état général du malade s'est beaucoup amélioré et l'état du poumon s'est modifié d'une manière extrêmement favorable.

En même temps le lupus a considérablement changé d'aspect. Plusieurs des nodules périphériques se sont résorbés. La surface ulcéreuse s'est nettoyée et recouverte d'un épiderme solide, et toute la masse lupeuse qui proéminait fortement sur la masse de la peau saine s'est diminuée au point de ne se différencier de la masse de la peau saine que par une couleur rouge et une induration assez marquée. Je n'ai fait à ce lupus aucun traitement, le malade s'y étant refusé après une application unique d'une pâte arsénicale qui avait provoqué un peu de douleur.

Ce n'est pas une guérison complète, mais une amélioration extraordinaire qui a marché de pair avec le changement survenu dans la bacilliose pulmonaire d'un malade qui présentait à son arrivée un mauvais état général ».

Cette observation prouve nettement qu'en agissant sur l'état général du lupique, on agit souvent avec efficacité sur le lusus. Mais il y a un fait : c'est qu'elle est insuffisante pour amener la guérison complète d'une tuberculose cutanée ; d'autre part cette cure d'air des sanatoria est fort coûteuse et par conséquent inaccessible à certaines bourses : dans la pratique, les résultats obtenus par une hygiène raisonnée, surveillée par le médecin, ne seront sans doute pas aussi brillants que ceux obtenus dans un sanatorium.

Quant à la médication interne, elle aussi sera un heureux adjuvant de l'hygiène et du traitement local, mais ne sera qu'un adjuvant.

Différents essais sérothérapiques ont été faits contre le lusus.

a) Et d'abord les tuberculines de Koch. Deux sérums antituberculeux ou tuberculines ont été successivement appliquées au traitement de la tuberculose.

La première tuberculine ou lymphé de Koch est aujourd'hui définitivement jugée : elle ne guérit pas plus la tuberculose cutanée que la tuberculose pulmonaire.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire

ici les conclusions du rapport magistral de M. Besnier et de M. Hallopeau à ce sujet : « Dans les tuberculoses tégumentaires en général, et en particulier dans toutes les variétés de la tuberculose lupique, dit M. Besnier, la tuberculine de Koch produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de la masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés... Sous le rapport curatif, cette action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison : elle n'est ni supérieure ni même égale aux procédés de traitements ordinaires dont nous disposons actuellement.

M. Hallopeau insiste sur les inconvénients de ce traitement : persistance de la fièvre pendant 48 heures, insomnies, douleurs musculaires, complications cardiaques possibles. En somme, comme M. Besnier, il renonce à l'emploi d'une méthode dont les inconvénients ne sauraient être compensés par les rares avantages.

Les effets de la seconde tuberculine de Koch ou tuberculine T. R. sont un peu différents. Tous les auteurs s'accordent à dire que les résultats immédiats sont en apparence excellents : la réaction locale est modérée, la douleur n'est généralement pas très vive, les phénomènes généraux ne prennent un caractère alarmant que si le malade est atteint de lésions pulmonaires. Au bout de quelques jours, d'après Morris et Whitefield, on observe une diminution rapide de l'étendue et de la rougeur du lupus,

la cicatrisation des surfaces ulcérées, la diminution progressive de l'œdème des tissus.

Lassar, qui le premier après Koch, appliqua la tuberculine T. R. au traitement du lupus, M. Balzer et son élève le D^r Faure, d'autres encore ont constaté ces phénomènes surprenants qui font croire que le malade va guérir : mais la désillusion ne tarde pas à survenir.

Bientôt en effet, l'accoutumance se produit et dès lors le lupus reprend sa marche comme par le passé ; ou bien le malade part se croyant guéri, et dix jours, quinze jours, un mois après, il revient avec une récurrence terrible qui lui enlève tout le bénéfice du traitement subi.

Ainsi la tuberculine T. R. ne guérit pas le lupus ; elle ne l'améliore que d'une façon éphémère. Moins dangereuse que son aînée, la lympho de Koch, elle est comme elle inefficace et doit céder le pas aux autres traitements du lupus.

C'est une fois de plus une intéressante mais infructueuse tentative à enregistrer dans l'histoire du traitement de la tuberculose.

b). MM. Hallopeau et Roger ont fait, il y a quelques années (*Presse Médicale*, 8 avril 1896) une tentative thérapeutique ingénieuse. Se basant sur les modifications que l'érysipèle imprime au lupus, sur les cas dans lesquels on a injecté à des cancéreux des toxines streptococciques, ils ont tenté de traiter les malades atteints de lupus vulgaire par l'injec-

tion de cultures streptococciques stérilisées à l'autoclave à 100°.

Les résultats ont été malheureusement assez peu favorables.

Sur 7 malades traités, 1 seul fut très amélioré en l'espace de 7 mois, 2 furent un peu améliorés, les autres ne présentèrent aucun changement.

M. Hallopeau ne se crut pas autorisé à continuer cette tentative.

Quelques autres tentatives de sérothérapie ont été faites à titre de traitement local du lupus.

Tommasoli a pratiqué autour des lupus des injections de sérum de chien à la dose de deux à six dixièmes de centimètre cube. Il n'a obtenu que des améliorations fugaces.

M. Broca a injecté sous des ulcérations tuberculeuses 1 à 5 centimètres cubes du sérum d'un chien rendu localement tuberculeux : il a obtenu de la sorte des améliorations rapides et des cicatrisations : malheureusement la récurrence ne se fait jamais attendre bien longtemps, prouvant ainsi l'efficacité très relative de ce traitement.

Il y a quelques années, M. Hirschfelder a traité dans le service de M. Hallopeau plusieurs cas de lupus par la préparation qu'il appelle oxytuberculine et qui n'est qu'une tuberculine atténuée et modifiée par une ébullition prolongée. Il avait obtenu ainsi des améliorations rapides, mais toujours passagères.

En somme tous ces essais ont été plus ou moins infructueux. Dans l'état actuel de nos connais-

ces, à peine peut-on considérer ces médications comme pouvant être dans certains cas des auxiliaires utiles des autres moyens d'action habituellement employés.

Sérums, médicaments, cure d'air et suralimentation ne donnent donc que des améliorations et pas de guérisons totales du lupus.

II.— *Traitement local*.— Le traitement local s'impose.

Et d'abord les caustiques :

« Ce qui caractérise très nettement les tendances actuelles dans le traitement du lupus, disait il y a près de 20 ans, Aubert de Lyon, c'est l'abandon des anciennes méthodes et plus spécialement des cautérisations potentielles avec le chlorure d'or, le nitrate d'argent, la potasse, le chlorure de zinc, etc. Ces méthodes ont sans doute à leur actif de bonnes et solides guérisons ; mais leur passif peut compter une forte part d'insuccès, une douleur notable, une lenteur désespérante et une proportion sensible de cicatrices violettes et de brides saillantes » (1).

Tout le procès de l'ancienne thérapeutique par les caustiques est fait là, en quelques mots. Ce genre de médication étant de nos jours peu employé, nous ne parlerons que pour mémoire des méthodes anciennes, et nous dirons quelques mots seulement sur les procédés analogues employés encore par quelques dermatologistes qui les ont perfectionnés.

1. Aubert. *Traité du lupus à l'antiquaille*, *Annales dermatologiques*, 1883.

De ce nombre est Unna.

Son traitement consiste à cautériser la surface lupique pendant huit ou quinze jours avec une pâte ainsi composée :

Acide salicylique.	{	à a. . . .	2 grammes.
Chlorure d'antimoine liquide.			
Créosote.	{	à a. . . .	4 grammes.
Extrait de chanvre indien.			
Adeps leux			8 grammes.

Puis pendant un mois on la traite par la potasse et l'on revient à la première pâte. Et ainsi de suite deux ou trois fois.

Le traitement par le permanganate en poudre a été préconisé par Kaczanowski, de Saint-Pétersbourg (1) ; mais il agit surtout en désinfectant le lupus, en le débarrassant des associations microbiennes qui pullulent dans les croûtes à la surface des lésions ulcérées.

Le monochlorophénol, essayé par M. Brousse, en 1895 et l'éthyldiaminocrésol employé par M. Neisser en bains prolongés avec des proportions variant de 1/3000 à 1/5000 ont donné quelques résultats.

Il en est de même du chlorure de zinc, du nitrate d'argent, de l'acide lactique.

En somme, ce mode de traitement est toujours très long et très douloureux ; il cause fréquemment des kéloïdes et des cicatrices vicieuses.

Agir directement sur la néoplasie et sur le bacille par des injections portant le médicament au sein même des tissus malades : telle est l'idée séduisante mise en pratique par plusieurs expérimentateurs qui ont tenté de guérir ainsi le lupus.

De toutes les substances essayées, c'est le calomel qui a donné en injections locales les meilleurs résultats. C'est un fait avéré qu'il modifie d'une manière très réelle les néoplasies tuberculeuses avec ulcérations et infiltrations profondes ; mais il ne fait que les améliorer sans les guérir définitivement.

Presque toutes les autres tentatives d'injections locales médicamenteuses : huile grise, glycérine iodée, ont été sans résultat thérapeutique, les substances n'ayant donné lieu qu'à une inflammation banale analogue à celle que produit tout corps étranger introduit au sein des tissus vivants.

Quant aux procédés chirurgicaux, ils sont nombreux et nous verrons le parti que l'on peut tirer de tous ces moyens : scarification, râclage, ignipuncture et air chaud, cautérisation profonde, ablation chirurgicale.

La scarification employée par Volkman et perfectionnée par E. Vidal est une opération assez douloureuse. L'opération ne durant que quelques minutes, l'anesthésie locale suffit et peut être obtenue par la cocaïne, le chlorure d'éthyle, le chlorure de méthyle, le gaïacol. De la pointe du scarificateur, l'opérateur trace une série de petites incisions courtes et parallèles, perpendiculaires à la peau et non pas obliques,

sans que son poignet bouge, sans que son bras participe au mouvement de ses doigts « comme un dessinateur qui fait des hachures pour ombrer un dessin » (Darbois).

La scarification achevée, il suffit pour arrêter l'hémorragie de faire une légère compression avec du coton aseptique. La plaie est ensuite recouverte de produits divers selon les dermatologistes. M. Balzer, par exemple, après un bain de permanganate de potasse, y applique une poudre composée de : une partie de permanganate pour cinq de tale. Unna emploie l'emplâtre cité plus haut contenant de l'acide salicylique et de la créosote.

Mais ce procédé un peu complexe n'agit que si on le pratique avec une régularité absolue et une tenacité inlassable.

« Si on suspend la médication avant la guérison complète, dit M. Brocq, le lupus reprend sa marche extensive et l'on perd en peu de temps le terrain que l'on avait péniblement gagné ».

Son grand avantage est de donner d'excellentes cicatrices : aussi sera-t-elle très utile pour le lupus de la face. Mais ce ne sont pas ceux-là qui nous intéressent et devant les cas dont nous étudions en ce moment le traitement, on songera à la lenteur de ce procédé qui le rend inapplicable dans les lupus étendus de la main.

Le raclage préconisé par Volkman est employé par de nombreux dermatologistes français avec un certain succès. Il s'applique au lupus de grande éten-

due des membres ou du tronc et les plaies informes dues à cette opération peu élégante se cicatrisent assez rapidement.

Mais la cicatrice ainsi obtenue est malheureusement irrégulière, couturée, incomparablement moins belle que celle que donnent la scarification ou l'autoplastie.

L'ignipuncture par le galvano ou le thermo-cautère, la cautérisation par l'air chaud, préconisée par Hollcender, de Berlin (1) ont donné aussi quelques résultats, mais surtout dans le lupus de petites dimensions et susceptibles de guérir assez rapidement.

Pour en finir avec les procédés chirurgicaux, nous citerons l'ablation chirurgicale avec réunion par première intention, procédé de choix dans les cas de lupus de petites dimensions. A noter cette observation qu'il est exceptionnel qu'il y ait repullulation dans le voisinage de la cicatrice, lorsque l'ablation a été faite largement.

Enfin l'ablation large avec autoplastie consécutive dont nous parlerons dans le chapitre suivant.

Il nous reste à signaler deux procédés de traitement étudiés depuis quelques années et dont l'un en particulier a donné de bons résultats.

L'électricité d'abord, sous presque toutes ses formes a été essayée dans le traitement du lupus : courants de haute fréquence, électrolyse, rayons Röntgen.

1. *Presse Médicale*, 30 octobre 1897.

Les courants de haute fréquence et de haute intensité qui ont donné quelques résultats encourageants dans le lupus érythémateux, ne donnent aucune amélioration s'il s'agit de lupus vulgaire.

Les tentatives faites pour traiter le lupus par l'électrolyse ont toutes échoué.

Il y a quelques années, quand on commença à expérimenter les rayons Röntgen et à faire des épreuves radiographiques, presque tous les praticiens s'aperçurent des effets remarquables que produisaient ces rayons sur les surfaces cutanées : chute de poils, érythème, sphacèle, et l'on se demanda si ces effets très énergiques ne pouvaient être orientés vers un but thérapeutique. De nombreux essais ont été tentés dont quelques-uns ont été couronnés d'un succès relatif. Il se produit une amélioration notable ; les surfaces ulcérées prennent un aspect satisfaisant et se couvrent de granulations de bonne nature. Mais cette action favorable que l'on a comparée à celle de la lymphé de Koch, ne persiste pas et dans la presque totalité des cas, la guérison n'est jamais survenue.

Quant aux propriétés bactéricides de la lumière, M. Finsen de Copenhague, les a fort ingénieusement appliquées au traitement du lupus.

Au cours de ses recherches, il constata et expérimenta les trois propriétés suivantes que possèdent les rayons lumineux : leur action bactéricide, leur pénétration à travers la peau, la réaction spéciale spécifique qu'ils provoquent.

C'est sur ces trois effets qu'est basée sa méthode de traitement. Elle a donné de bons résultats, elle donne d'excellentes cicatrices, elle est applicable dans la majorité des cas et c'est un procédé moins douloureux que les autres.

Malheureusement seuls les gens disposant de beaucoup de loisirs peuvent l'employer, puisque tous les jours il faut une ou deux séances assez longues, d'autre part il est coûteux, et, étant donné les grandes dimensions des lupus que nous étudions ici, il demandera surtout un temps très long.

CHAPITRE II

Traitement par l'ablation large et autoplastie consécutive.

Nous allons d'abord exposer quelques observations qui vont nous permettre de faire ressortir le détail de la méthode qui nous intéresse. Nous y joindrons quelques-unes des photographies prises avant et après le traitement. Il nous sera aisé ensuite d'en discuter les avantages et les inconvénients et d'en poser les indications et les contre-indications.

1. — OBSERVATIONS

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS OBTENUS

OBSERVATION I (Personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur DAYOT, à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Épithélioma de la main. Traitement. Résultat.

Fratel Jean, 62 ans.

Profession : cultivateur.

Entré le 5 novembre 1901, salle Saint-Yves, n° 24.

Sorti le 12 décembre 1901.

Les antécédents, tant héréditaires que personnels du malade présentent peu d'intérêt.

Signalons cependant sa mère morte de la poitrine à 56 ans : une sœur morte aussi de la poitrine à 57 ans.

Quant au sujet lui-même, il s'est toujours bien porté et actuellement son état général semble excellent.

Histoire de la maladie. — Le malade nous raconte que l'hiver dernier en travaillant à une barge de paille, il s'est piqué le

dos de la main gauche avec une paille dont il ne put arracher qu'une partie seulement. A ce moment le blessé ne s'aperçut de rien : au mois de juin suivant, il vit apparaître au niveau de l'endroit piqué un petit champignon atteignant rapidement la grosseur d'un petit pois ; il l'enleva, mais la tumeur revint et augmenta de volume ; elle fut de nouveau enlevée et comme pansement on appliqua sur la blessure de la poix de cordonnier.

A ce moment la peau environnante s'épaissit et une petite croûte se forma, d'un aspect noirâtre.

Le patient enleva encore cette croûte et alors apparut au milieu de la plaie une excavation assez superficielle. Puis la tuméfaction ne faisant qu'augmenter et l'excavation gagnant continuellement en profondeur, le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Examen du malade. — Au moment de son arrivée, le 5 novembre 1901, le malade présente à la face dorsale de la main gauche, au niveau du deuxième et du troisième métacarpien une ulcération ayant comme surface les dimensions d'une pièce de 5 francs, et comme profondeur 5 millimètres environ, le fond de l'excavation n'étant séparé des os que par une mince couche de tissu.

Les bords de l'ulcération sont donc surélevés au-dessus du fond de l'excavation d'environ un demi-centimètre ; il sont déchiquetés, noirâtres, très peu obliques sur le plan de la main, presque perpendiculaires. A partir de ce bord, la peau s'étend obliquement en dehors et prend une teinte violacée sur une largeur d'un centimètre environ. Elle desquame sur tout le pourtour de l'excavation.

Le fond de l'excavation est gris blanchâtre, et l'on y voit

quelques papilles proéminentes : son aspect rappelle celui du tissu cicatriciel.

A la palpation, l'on constate que les bords de l'ulcération sont indurés et ne sont pas douloureux à la pression : on reconnaît de même que le tissu du fond de l'excavation est adhérent au plan sous-jacent.

Quant aux mouvements de flexion et d'extension des doigts et de la main, ils ne sont en rien gênés par cette ulcération.

Les ganglions sus-épitrochléens et de l'aisselle sont indurés et un peu augmentés de volume.

Par ailleurs le malade ne présente aucune lésion dans les divers appareils : respiratoire, circulatoire, nerveux, locomoteur ou génito-urinaire.

Du côté de l'appareil digestif seulement, le malade accuse une constipation habituelle.

Le diagnostic porté est celui d'épithélioma cutané. Il est confirmé par l'examen histologique du docteur Hardouin, chef de clinique du service.

Traitement. — Pendant plusieurs jours, on fait prendre au malade des bains de sublimé dans l'intervalle desquels on applique sur la tumeur ulcérée des pansements humides et cela dans le but de la bien nettoyer. Au bout de huit jours, les croûtes qui se trouvaient sur les bords de l'ulcération sont tombées ; la plaie s'est détergée complètement et l'on a pu opérer le malade le 14 novembre. Chloroformisation. Bande d'Esmarch à la racine du membre.

L'on a commencé par extirper le ganglion épitrochléen et les ganglions de l'aisselle qui semblaient atteints, puis l'on s'est attaqué à l'ulcération elle-même. L'on a fait autour de la tumeur une incision circulaire à 15 millimètres environ de ses bords :

on s'est alors trouvé en présence d'une perte de substance considérable.

Pour la réparer, l'on taille au milieu de la poitrine un lambeau cutané de la façon suivante. A droite et à gauche, et éloignés de 8 à 10 centimètres, on pratique 2 incisions verticales de 18 centimètres environ, à partir du niveau de la troisième côte ; on sépare complètement ce lambeau des plaies sous-jacentes, de sorte qu'il ne reste adhérent à la peau du voisinage que par ses extrémités supérieure et inférieure. On engage la main sous ce lambeau, la face dorsale appliquée à la face profonde du lambeau et l'on suture haut et bas à la peau les bords de la main.

Le malade est maintenu dans cette position par un appareil plâtré embrassant le thorax, l'épaule et le bras gauche en entier.

A aucun moment le malade n'a eu de fièvre, mais il a souffert assez vivement pendant quelques jours de la situation où il se trouvait.

Le 5 décembre c'est-à-dire 21 jours après avoir été opéré, on libère le malade ; le lambeau est sectionné haut et bas.

On ne rapproche pas les bords de la plaie de poitrine, qui après quelques pansements iodoformés est en bonne voie de guérison.

Quant à la greffe appliquée à la face dorsale de la main, elle y est bien adhérente ; on enlève les crins de Florence qui contribuaient à la maintenir et l'on entoure la main d'un chaud pansement ouaté.

A ce moment, le bras présente quelques raideurs articulaires dues au séjour prolongé dans la position à angle droit.

Au bout de quelques jours, on enlève le pansement qui

recouvre la main : des plaques de sphacèle se sont produites aux angles du lambeau ; elles prennent une couleur de plus en plus foncée et se limitent bien aux quatre coins de ce lambeau, de sorte qu'elles finissent par s'éliminer d'elles-mêmes, ce qui contribue à donner au reste un aspect moins disgracieux.

Le malade sort le 12 décembre 1901 avant sa parfaite guérison, mais il est en très bonne voie et n'a plus besoin que de quelques pansements.

OBSERVATION II (Personnelle).

Reçueillie dans le service du D^r DATOT.

Lupus verruqueux de la main. Ablation et autoplastie consécutive.

Heulot, Azeline, 67 ans, laveuse. Entrée le 8 février 1902 au n° 3 de la salle Sainte-Philomène.

Cette personne s'est présentée à la consultation de M. le D^r Bodin le 8 février 1902. Elle venait faire voir une tumeur de la face dorsale de la main, tumeur existant depuis longtemps déjà, augmentant progressivement et ne présentant aucune tendance à regrossir.

Interrogée sur l'origine et le développement de cette affection, elle donne les renseignements suivants : elle exerce la profession de laveuse et la face dorsale des mains présente de nombreux durillons résultant de sa profession.

Or, il y a six mois environ, elle remarqua sur le dos de la main gauche, un petit point rouge, non douloureux mais persistant à la pression.

Ce point minime ne gênait pas les mouvements de la main ; cependant la malade se grattait le dos de la main, si bien qu'au

lieu d'un bouton de petites dimensions, elle eut une plaie vive et rouge, mais ne donnant aucun suintement.

Pendant les deux premiers mois, la surface de la plaie est restée la même.

A partir du troisième mois, on a l'aspect d'une petite tumeur qui progresse d'une façon sensible pour en arriver à l'état actuel.

Pendant tout ce laps de temps, c'est-à-dire quatre mois environ, la plaie était tantôt laissée sans soins, tantôt recouverte d'un linge l'abritant quelque peu de l'infection possible et la préservant des chocs et des frottements.

La malade continue à ne pas souffrir ; le soir seulement, après une journée fatigante, elle perçoit une sensation de picotements passagère et peu prononcée.

Cependant ne voyant aucune amélioration dans son état, la malade entre à l'Hôtel-Dieu le 8 février dans le service de dermatologie de M. le professeur Bodin.

Là, on porte le diagnostic de *lupus* de la face dorsale de la main gauche et tous les matins pendant quelques jours, on fait des cautérisations avec la pointe fine du thermo-cautère.

Le 13 février on la fait passer dans le service de chirurgie de M. le professeur Dayot et voici à ce moment la description de la tumeur : cette tumeur présente la largeur d'une pièce de cinq francs, dont les bords sont légèrement surelevés et dont le fond est sillonné de lignes intriquées diversement, traces de pointes de feu. Ce fond a une coloration grisâtre et laisse exsuder en assez petite quantité une sérosité louche, plus ou moins blanchâtre ; il est entouré d'un bourrelet saillant de quelques millimètres sur les parties environnantes.

Autour l'on constate une zone rouge, enflammée, œdématiée, présentant un rayon de 1 centimètre 5 environ.

Si l'on fait exécuter des mouvements de flexion et d'extension des doigts, la tumeur reste immobile et ne se déplace pas avec les tendons ; cependant, en la prenant entre deux doigts, on peut la mobiliser dans tous les sens. Cette tumeur ne contracte donc aucune adhérence avec les plans profonds et reste localisée à la peau.

Par une pression un peu vive sur la tumeur, on provoque une douleur réelle, mais peu violente.

L'examen histologique fait, après l'opération, par M. le Docteur Hardouin, vient confirmer le diagnostic de tuberculose verruqueuse du dos de la main.

Traitement. — Pendant plusieurs jours, on fait prendre matin et soir à la main malade un bain prolongé de sublimé afin de nettoyer et de déterger convenablement sa plaie ; après chaque bain, la main est recouverte d'un pansement humide à l'eau bouillie.

Le 20 février la malade est opérée sous le chloroforme. Bande d'Esmarch à la racine du bras ; on commence par circonscrire la tumeur par une incision comprenant toute la peau située dans un rayon de 1 centimètre 5 autour de la tumeur : on enlève le bloc ainsi délimité ; on voit alors les tendons dénudés et sains qui sont placés immédiatement sous la tumeur et qui forment le fond d'une vaste perte de substance.

Pour la combler, on taille au niveau de la partie inférieure du thorax et sur la ligne médiane un lambeau de peau qui reste adhérent par ses extrémités supérieure et inférieure. On dégraisse ce lambeau sauf au voisinage des extrémités. On y glisse la main malade en portefeuille de façon que la face dorsale de la



Main atteinte de Tuberculose Verruqueuse
Malade de l'Observation II

La même main
après l'opération

main soit en contact avec la face profonde du lambeau thoracique ; puis avec des crins de Florence, l'on suture à la main les bords du lambeau.

La malade a donc la main appliquée à plat sur la poitrine et recouverte par la peau de cette région. Pour la maintenir convenablement dans cette situation, après avoir recouvert la plaie de gaze iodoformée et d'une couche de ouate considérable, on applique un appareil plâtré inamovible.

20 jours après, le 12 mars, on enlève l'appareil : on sectionne haut et bas l'anse cutanée de façon à libérer la main, et l'on ôte les points de suture désormais inutiles puisque le lambeau est adhérent à la face dorsale de la main.

On rapproche les bords de la plaie de poitrine qui se répare assez rapidement.

On entoure la main de compresses humides que l'on change tous les jours et cela pendant six jours : puis l'on fait des pansements secs iodoformés, renouvelés tous les deux ou trois jours.

Au bout du dixième jour, la malade quitte l'hôpital et revient de temps à autre se faire panser ; la peau greffée n'a pas adhéré d'une façon absolument régulière, et à la partie inférieure, elle forme un pli transversal ; on a corrigé facilement ce pli en le sectionnant, ce qui a retardé de quelques jours seulement la guérison complète et radicale.

La photographie n° 2, prise au mois de mai montre mieux que toute description, le résultat obtenu.

OBSERVATION III

Recueillie dans le *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, Tome VIII, année 1899.

Epithélioma du dos de la main développé sur une vieille cicatrice de brûlure, ablation ; large perte de substance comblée par un lambeau emprunté à la paroi thoracique. Guérison.

Résultats constatés au bout de 16 mois : par H. DATOT, professeur et H. LERAY, chef de clinique à l'Ecole de médecine de Rennes.

B. (Julien) âgé de 48 ans, entre à l'Hôtel Dieu de Rennes, le 24 juin 1897.

C'est un homme vigoureux qui a toujours eu une bonne santé.

A l'âge de quatre ans, il eut la main gauche brûlée et la cicatrisation fut longue à se produire. Toute la face dorsale était le siège d'une cicatrice irrégulière, qui permettait toutefois le libre jeu des doigts.

En octobre 1894, B... se blesse à la main, il écorche sa cicatrice et peu à peu, il se forme une ulcération qui grandit d'un côté, pendant qu'elle se guérit de l'autre sous l'influence des divers traitements auxquels il est soumis.

Depuis cette époque, rien ne réussit, malgré les périodes de repos qui lui sont accordées.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le dos de la main gauche est le siège d'une large ulcération à bords irréguliers,

saillants, indurés, à fond saignant, inégal, non bourgeonnant et sans aucune trace de tissu de cicatrice.

Il existe par places des croûtes noirâtres, mélange de sang et de détritux épithéliaux.

Le système ganglionnaire est indemne. Le malade désire être débarrassé de cette pénible affection.

3 juillet 1897. — *Opération.* — Le malade étant anesthésié à l'éther je procède dans un premier temps à l'ablation large de l'épithélioma. Il résulte de cette extirpation une énorme perte de substance intéressant toute la face dorsale de la main. Les tendons extenseurs sont visibles dans toute leur étendue métacarpienne.

On ne peut évidemment attendre la cicatrisation spontanée et de toute pièce de cette plaie opératoire et le seul moyen de la combler me paraît résider dans une autoplastie par la méthode italienne.

Je taille dans le voisinage de l'hypocondre droit un lambeau en pont qui constituera la greffe. Deux incisions verticales de 18 centimètres environ, parallèles entre elles et distantes de 12 centimètres, limitent une bande de peau, qui, décollée par sa face profonde, devient le lambeau en pont.

Je fais ensuite disparaître toute sa doublure graisseuse en ménageant toutefois son tissu adipeux au niveau de ses insertions supérieure et inférieure, c'est-à-dire dans la région des pédicules, où je dois chercher à maintenir le maximum de vascularité, pour assurer la vitalité de la greffe.

La main est alors introduite sous ce pont cutané, de telle sorte que sa face cruentée s'applique exactement à la face profonde du lambeau. Pour que le contact soit parfait et constant, j'entoure et j'immobilise le lambeau en sa position par un grand

nombre de points de suture aux crins de Florence. J'ai fait en sorte que le lambeau soit très légèrement tendu et s'étale bien complètement.

La paume de la main est accolée au tronc et repose sur la plaie thoraco-abdominale produite par la formation du lambeau autoplastique.

L'avant-bras est fléchi sur le bras, qui prend point d'appui sur le tronc.

Un grand pansement est appliqué et on s'efforce par l'apport de couches et de coussinets de ouate, par le placement des bandes et par l'adjonction de bandes plâtrées, de maintenir dans une immobilité parfaite le membre supérieur, pour éviter tout tiraillement du lambeau. On soutient surtout l'avant-bras fléchi, pour que le poids de la main ne se transmette pas au pédicule inférieur du pont cutané.

Les suites opératoires sont des plus simples et le pansement reste en place jusqu'au jour où se pratique la deuxième opération, la section des pédicules de la greffe. Le malade n'a pas souffert de sa position invariable et de son immobilité, grâce à la marche normale de sa plaie et à la présence de son solide appareil plâtré.

2 août 1897. — *Deuxième opération.* — Elle est faite par le Dr Leray, qui sectionne les deux pédicules du lambeau. Il les régularise et suture leurs bords, aux deux bords cubital et radial de la main.

Après avoir aseptisé et gratté à la curette, la plaie granuleuse laissée par la prise de la greffe, on en mobilise les bords et on en pratique la réunion au moyen de sutures.

La greffe, examinée quatre jours plus tard, est très vivante, elle adhère complètement à la main dont elle fait maintenant

partie. Elle est un peu violacée et œdématiée; elle est également refroidie. Enfin elle est absolument insensible au contact, à la piqure, au chaud et au froid.

Les suites opératoires sont très simples et le résultat acquis est parfait. Les mouvements des doigts prennent de la force et de l'amplitude de jour en jour.

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu le 25 août 1897.

Le malade est revu au mois de novembre 1898, c'est-à-dire seize mois après son opération. Le résultat est excellent à tout point de vue, B... travaille avec cette main comme avec l'autre. Il a retrouvé toute son habileté.

Le lambeau est encore un peu épais; il a une teinte bleue surtout quand il fait froid. La sensibilité est parfaite: on dirait même qu'elle est plus développée en ce point que sur la main.

Les deux pointes d'un compas très rapprochées l'une de l'autre sont nettement perçues.

OBSERVATION IV

Empruntée à la thèse de FAIROUT, Paris 1898.

Epithélioma du dos de la main. Autoplastie à l'italienne

Le Bl., Louis, cocher 55 ans.

Entré salle Nélaton le 18 mai 1897.

Epithélioma du dos de la main droite ayant débuté il y a un an. L'ulcération circulaire s'est développé d'abord un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index; elle présente aujourd'hui une surface de 80 centimètres carrés.

Opération le 24 mai. — Ablation large de la tumeur au bis-

tour. La perte de substance est comblée par un lambeau pris au niveau du creux épigastrique.

La main est fixée à plat sur l'abdomen au moyen de bandes de Sâyre.

Section du pédicule le dixième jour. Le lambeau bien nourri a repris sur toute sa périphérie. Le séjour du malade à l'hôpital est prolongé en raison d'un eczéma survenu autour de la cicatrice, eczéma dû au pansement.

10 juillet. — Le lambeau doublé de trop de graisse fait sur la main un bourrelet de plus d'un demi-centimètre d'épaisseur. A la demande du malade, M. Nélaton décolle le lambeau sur une partie de son étendue pour enlever l'excès de tissu adipeux qui le double à sa face profonde. L'incision est faite dans l'ancienne cicatrice, une grande partie du lambeau est soulevée ($\frac{3}{4}$ de la circonférence environ) ; après dégraissage, suture des bords au crin de Florence. Réunion par première intention.

Le malade est revu le 6 novembre ; la greffe est en bon état ; il existe seulement en un point limité de la cicatrice un peu de rougeur due au frottement produit par les guides que le malade tient à la main (il exerce la profession de cocher.

Ces observations nous donnent en somme une idée très favorable du traitement chirurgical. Au point de vue local en effet, le résultat a été absolument satisfaisant et dans ces cas, c'est le point important.

Mais il reste l'hygiène et le traitement général qui sont en quelque sorte le complément de l'opération.

Ceux-ci ne sont pas à négliger même chez les gens où ces tumeurs cancéreuses ou lupeuses ne semblent pas avoir retenti sur l'état général.

Chez les cancéreux, on pourra donner de l'arsenic par exemple sous forme de liqueur de Fowler ; mais ces épithéliomas cutanés surtout chez certains vieillards ont une forme si lente que bien souvent cette médication interne n'a aucune espèce d'influence sur leur évolution.

Il n'en est pas de même dans les cas de lupus car alors il s'agit de bacillose et toujours le traitement général est utile sinon nécessaire. Nous n'y reviendrons pas longuement car nous en avons dit déjà quelques mots à propos des différents traitements du lupus. Rappelons seulement l'heureux résultat signalé dans l'observation que nous avons rapportée (page 23).

Donc la vie au grand air, le repos, la suralimentation et au besoin quelques médicaments internes pourront favoriser l'action heureuse du traitement local.

2. — *Technique opératoire.*

Avant de passer à la discussion de ces observations, nous allons revenir un moment à la technique opératoire, trop rapidement décrite dans ces observations et dont Berger a magistralement exposé les préceptes au Congrès de chirurgie de 1889.

Et d'abord quelques mots d'histoire sur cette méthode italienne qui a permis ces heureuses restaurations.

Inventée par un Sicilien, Branca (de Catane) vers le xv^e siècle lequel fut imité par un Calabrais, Bojano,

ce fut surtout Tagliacozzi, de Bologne, auquel elle avait donné de remarquables succès, qui la fit connaître un siècle plus tard.

Malgré ses succès, cette méthode fut blâmée par Fabrice d'Aquapendente qui ne voulut pas la pratiquer, elle fut ainsi discréditée et peu à peu abandonnée.

Au commencement du XVIII^e siècle, Reneauline de la Garenne la modifia en la simplifiant. Plus tard en 1816, De Grafe publia 7 ou 8 cas de restauration du nez.

Le procédé fut encore abandonné. Ce n'est qu'à partir de 1866 que M. Barwel commença à le faire revivre. Puis M. Berger en 1880, James Adam 1882, Poncet de Lyon le reprirent.

En 1885, M. Lannelongue appliqua cette méthode en faisant d'une main sur l'autre la transplantation d'un lambeau, pour corriger une rétraction cicatricielle chez un enfant.

Enfin cette méthode ne paraît bien connue, en France du moins, que depuis la communication de M. G. Berger à l'Académie de médecine le 22 novembre 1887 et depuis celle qu'il fit plus tard au Congrès de chirurgie de 1889.

Cette opération est très délicate et demande des soins minutieux, car s'il est une chose à craindre, c'est la suppuration.

Supposons, par exemple, qu'il se produise de l'infection, qu'arrivera-t-il? Le malade sera dans l'impossibilité de rester pendant le temps nécessaire dans son appareil, sous peine de septicémie peut-être

mortelle. D'autre part, si l'on est obligé de faire le pansement trop tôt et trop souvent, la reprise du lambeau risque fort d'être compromise.

Avant tout, il sera donc nécessaire d'avoir une plaie propre, et c'est dans ce but que tous les jours pendant plusieurs heures, on fera baigner la partie malade dans une substance antiseptique et dans l'intervalle des bains un pansement sera maintenu sur la plaie.

Une fois celle-ci bien détergée, on songe à l'opération et à ce moment encore on ne saurait prendre trop de précautions.

Le malade est anesthésié.

Dans le cas de l'épithélioma, on enlève, s'il y a lieu, les ganglions infectés et l'on réunit les bords de la plaie par première intention. Puis l'on s'attaque à la plaie principale.

Après s'être occupé sérieusement de l'asepsie de la région (et l'on ne craindra pas d'en faire plus que moins), le chirurgien s'en prend à la tumeur et commence à l'entourer d'une incision circulaire, mais à une certaine distance du bord de cette tumeur. On n'a guère en effet à se préoccuper d'une plus ou moins grande perte de substance et c'est un avantage de cette méthode.

On dissèque ensuite soigneusement la tumeur, en ayant soin de bien curetter les parties sous-jacentes. On évite d'imbiber de substances antiseptiques trop fortes ce plan de tissu sain destiné à s'accoler au lambeau de peur que sa vitalité ne s'en ressente. Il est

même utile de laver ce fond avec une solution de sérum artificiel.

On recouvre alors la plaie d'une compresse aseptique et l'on se prépare à disséquer le lambeau thoracique. Déjà l'on a eu soin de brosser, laver et aseptiser la poitrine.

Il ne reste qu'à faire deux incisions latérales dont la longueur est en rapport avec les dimensions de la main. Ces deux incisions sont en moyenne de 18 à 20 centimètres, et séparées par une largeur de 8 à 10 centimètres.

L'on soulève peu à peu le lambeau cutané en le disséquant et le séparant du plan profond.

Mais ce lambeau doit-il comprendre tout le tissu cellulaire sous-cutané ?

Les avis diffèrent : M. Poncet a pu sans inconvénient débarrasser la face profonde de tout le pannicule graisseux qui la doublait ; M. Berger attribue partiellement le sphacèle d'un lambeau à ce fait qu'il en avait dégraissé la face profonde.

Quant à M. Nélaton, il conserve la plus grande partie du tissu cellulo-graisseux. Si cette manière de faire peut avoir pour résultat de laisser parfois une saillie disgracieuse de la greffe, elle a l'avantage de respecter plus sûrement les troncs vasculaires qui alimentent les capillaires de la peau et d'assurer la mobilité du lambeau sur les parties sous-jacentes pour lui permettre une souplesse plus grande.

En tous cas, et c'est ce qui a été fait dans les cas que nous avons rapportés, on laissera, suivant le

conseil de M. Berger, la totalité du tissu cellulo-graisseux au niveau du pédicule, par où affluent les vaisseaux.

Lorsque le passage semble pouvoir se faire on glisse la main entre le lambeau et la paroi, comme dans un portefeuille, de façon que la face cruentée du dos de la main soit bien en rapport avec la partie profonde du lambeau.

Ici se présente un point délicat. D'une part, il faut éviter que le lambeau ne soit trop tendu, car malgré ses attaches supérieure et inférieure avec la paroi thoracique, sa vitalité pourrait s'en ressentir.

D'autre part, ce même lambeau doit être suffisamment tendu pour qu'il ne fasse pas de plis sous le pansement, qu'il reste bien uni sur la plaie et s'y accole exactement. Ceci est une affaire de doigté et de savoir-faire de la part du chirurgien.

On suture ensuite avec des crins de Florence, le catgut se résorbant trop vite, les bords de la plaie aux bords du lambeau. On aura soin de poser d'abord aux angles les points principaux qui seront pour ainsi dire des jalons, permettant d'apprécier l'ensemble de la disposition future des surfaces, de tendre l'étoffe dans un sens ou dans l'autre, de faire en un mot les petites corrections nécessaires avant la suture définitive.

Il nous reste maintenant à faire le pansement.

Le malade devant rester un certain temps dans cette situation, il faut envelopper séparément chacun de ses doigts dans de la gaze antiseptique. Un bour-

relet de gaze sera également insinué dans les espaces laissés libres formant deux angles dièdres entre le lambeau et les bords de la main. Le tout sera recouvert de cette même gaze. Puis un enveloppement très épais de ouate hydrophile stérile recouverte elle-même de cordon cardé empêche ou du moins filtre l'air qui pourrait pénétrer. Plusieurs bandes de tarlatane enveloppent le pansement.

Pendant que l'on enroule les bandes, un aide s'occupe de maintenir le bras dans une bonne position de peur que la main ne se déplace ou ne tireaille le lambeau.

Enfin par-dessus le pansement, des bandes plâtrées, sous lesquelles on aura eu soin d'étaler une nouvelle couche de ouate, fixeront le membre dans la situation que l'on a désiré lui donner, en comprenant le thorax, l'épaule et le bras en entier.

Et cette immobilisation a une importance considérable, importance sur laquelle on n'a peut-être pas assez insisté; car cette immobilisation est la condition nécessaire d'une bonne reprise du lambeau; sans elle la peau est tiraillée, tendue de côté et d'autre, et peut parfaitement ne pas vivre: les crins de Florence coupent les tissus et l'on finit par avoir un résultat déplorable.

D'autre part, cette immobilisation, gênante les premiers jours, finit, pour ainsi dire, par engourdir le membre et fait disparaître la douleur.

C'est même grâce à cette immobilisation que l'on a pu appliquer la méthode italienne à des régions où,

de prime abord, on n'aurait pas songé à le faire et cela en rendant possible et d'une gêne très relative l'attitude en apparence la plus gênante et la plus insupportable.

Tel est le cas d'un de nos camarades, étudiant en médecine de 1^{re} année, auquel le Dr Dayot a été amené à faire une réparation autoplastique à la plante du pied droit, en empruntant un lambeau à la partie postérieure de la cuisse gauche.

Or, cet étudiant, qui est actuellement sur le point de terminer ses études, a très bien supporté l'immobilisation nécessitée par cette opération. Le résultat en a d'ailleurs été excellent.

Nous en avons fini avec la première partie, celle, en somme dont dépend le plus le résultat définitif.

Nous avons dit que les premiers jours le malade ressentira, sinon de fortes douleurs, du moins une gêne très appréciable; mais peu à peu il s'habituera à sa souffrance et les quelques jours d'immobilisation passent relativement vite.

On pourrait d'ailleurs les calmer avec un peu de morphine, mais généralement ils s'en abstiennent volontairement et leurs fonctions s'exécutent normalement malgré l'incommodité de leur position.

A quel moment enlèvera-t-on l'appareil pour sectionner les pédicules ?

Les chiffres donnés par les auteurs sont très variables : Billroth les a coupés au dix-septième jour. Poncet du huitième au quinzième. Wagner du douzième au quinzième. Schwartz le dixième jour. Jones-

co le neuvième. Levrot au bout d'un mois seulement. M. Berger regarde comme le moment le plus favorable l'intervalle qui s'étend du douzième au quinzième jour.

Personnellement, il nous semble qu'il y ait avantage à prolonger un peu l'immobilisation. Si la fatigue n'est pas trop grande, si le malade ne se plaint pas et ne réclame pas instamment sa délivrance, la reprise du lambeau paraît meilleure et plus certaine, si l'on a attendu trois et quatre semaines avant de libérer la main.

Dans nos observations, où les résultats sont si concluants, les malades sont restés emprisonnés dans leurs appareils pendant vingt, vingt-cinq et même trente jours.

Cette seconde opération se fait sans anesthésie : on incise les parties supérieure et inférieure du lambeau d'un coup de ciseau et on libère à la fois la main et la poitrine.

Une précaution, dont on ne doit pas méconnaître l'importance, consiste à ne ramener que très lentement le membre supérieur dans l'extension, à surveiller avec grande attention l'abaissement du bras pour éviter le déplacement toujours possible d'un caillot, particulièrement si le lambeau a été pris au voisinage d'une grosse veine, ou si le plâtre a comprimé un de ces vaisseaux exposés à une inflammation même modérée.

Après un nettoyage complet, car il s'est produit de la sérosité et des exsudats en grande quantité, on

réunit les bords de la plaie de poitrine : sur la main, on a soin de ne pas encore toucher au lambeau dont les angles débordent un peu les bords de la plaie.

Les premiers jours, il est bon de faire un pansement humide chaud, surtout si l'on constate sur le lambeau quelques plaques sphacélées, indiquant peu de vitalité (nous avons vu ce fait, et le lambeau s'est comporté parfaitement à la suite de ces applications chaudes et humides).

Au bout de quelques jours, on enlève les fils qui retiennent à la plaie de la main le lambeau dont les angles se régularisent peu à peu en s'éliminant d'eux-mêmes par mortification.

En quinze jours ou trois semaines, on arrive à une réparation très convenable.

Notons d'ailleurs, qu'avec le temps et l'usage, la cicatrice s'atténue de plus en plus et que, même au point de vue esthétique, secondaire en la circonstance, on arrive à un résultat très satisfaisant.

3. — *Avantages et Inconvénients.*

A. — *Avantages.* — « Les résultats obtenus par autoplastie, dit M. Darbois dans sa thèse inaugurale, sont excellents, mais ils laissent à désirer au point de vue esthétique. »

Le lambeau, lorsqu'il est définitivement repris, est en effet souple, nullement couturé, pas tendu, les mouvements ne sont pas gênés... »

Au point de vue esthétique, M. Darbois fait allusion aux autoplasties faites pour des tumeurs de la face. Mais ici la question n'est plus la même, et à la main le côté élégant ou gracieux a une importance beaucoup moindre qu'au visage : il cède le pas au côté utilitaire, et partant, devient d'une importance secondaire.

La réparation faite par autoplastie à la main n'est d'ailleurs pas disgracieuse, et au bout d'un certain temps, alors que la partie surajoutée s'est aplanie, que les bourrelets cicatriciels se sont atténués et même effacés, on peut considérer le résultat au point de vue esthétique comme très satisfaisant.

La photographie n° 2 tirée cependant peu de temps après l'opération en est une preuve.

Nous allons préciser maintenant le côté utilitaire de ce mode de traitement et nous étudierons successivement les points suivants :

- 1) La fonction est rétablie ;
- 2) Le résultat est complet ;
- 3) Il est rapide ;
- 4) Il est pratique et sûr, car les résultats opératoires sont excellents.

1) Nous citons quelques lignes plus haut M. Bardeis d'après lequel les résultats au point de vue fonctionnel sont excellents. C'est un fait absolument vérifié.

Comme il le dit, le lambeau quand il est repris est souple, nullement couturé, pas tendu ; les mouvements ne sont pas gênés et le malade peut se servir de sa main d'une façon tout à fait efficace.

Tel est le cas de ce cocher dont nous avons cité l'observation (Obs. IV).

Nous avons vu aussi, d'après l'observation III, que la sensibilité, sous toutes ses formes, reprenait rapidement ses droits, plus vite peut-être que les fonctions vasculaires, lesquelles sous certaines influences, celle du froid par exemple, semblent se ralentir quelque peu.

La liberté des mouvements, indispensable pour l'usage d'un membre, exige pour être complète un lambeau non rétractile, assez souple pour glisser, s'étaler d'une manière satisfaisante, assez mobile pour laisser au segment du membre toutes ses fonctions, assez élastique pour s'étendre sous l'influence des tractions périphériques, assez solide pour résister autant qu'une peau saine aux diverses actions mécaniques qu'elle subit.

Une seule méthode remplit ces conditions, suffit à ces exigences : la méthode italienne qui seule peut nous donner une greffe bien vivante, sensible solide et durable.

2) En second lieu, le résultat obtenu est complet. Comme nous l'avons dit à propos de la technique opératoire, l'on n'a pas à se préoccuper d'une plus ou moins grande perte de substance. Toutes les parties malades sont presque sûrement enlevées : et ceci a une importance considérable surtout pour l'épithélioma dont les racines s'insinuent au milieu des tissus sains toujours jusqu'à une certaine distance. De cette façon, on ne travaillera pas au milieu du tissu

malade et l'on s'exposera moins à une généralisation ou à une repullulation que si l'on faisait un raclage ou des cautérisations répétées.

Non seulement la tumeur mais les ganglions seront enlevés : et l'on sait que les ganglions sont un facteur très important de la propagation cancéreuse.

3) Nul ne saurait être plus rapide que l'ablation chirurgicale, qu'elle soit suivie d'une réunion par première intention, ou comme c'est ici le cas d'une autoplastie, à condition, bien entendu, qu'il n'y ait pas de suppuration. Or, en prenant quelques soins, il est rare, comme nous le verrons plus loin, que les résultats opératoires ne soient excellents.

Le grand avantage du procédé chirurgical est donc d'aller vite et de procurer en peu de temps une guérison que les autres traitements sont parfois inhabiles à obtenir : « Par elle, a dit le professeur Lang, au dernier Congrès de dermatologie (août 1900), vous guérirez en quelques jours des malades qui ont en vain cherché la guérison pendant des dizaines d'années. Vous rendrez le désir de vivre à des gens qui étaient à charge à eux-mêmes et aux autres. »

Nous aurons donc un résultat complet et rapide, ce que sent loin de nous donner les autres procédés, même la cautérisation ignée. Nous avons vu, en effet, à propos du traitement employé par M. Gaucher, quand il était à Saint-Antoine, que s'il s'agit d'un néoplasme ayant une ulcération déjà fort étendue, il y aura, en se servant du thermo-cautère, certaines précautions à prendre pour éviter une grande

perte de substance ; et alors on tergiversera, on fera les choses incomplètement ; il faudra opérer à plusieurs reprises, pour ainsi dire par petits lots ; on se contentera de faire sur certains points de l'ignipuncture interstitielle avec la pointe fine du thermo ou du galvano-cautère.

Ce n'est pas là un procédé satisfaisant.

4) Nous dirons enfin que ce mode de traitement est pratique et sûr, en ce sens que ses résultats opératoires sont, pour ainsi dire, toujours excellents. Les difficultés à craindre ne pourraient tenir que de la réparation autoplastique.

Or, dans ces autoplasties à l'italienne, les échecs sont rares. Nous devons pourtant signaler la mortification totale de la greffe due soit à la compression du pédicule par l'appareil, le pansement, ou le rapprochement excessif des parties à réunir, soit au dégraissage trop complet du lambeau, soit à une infection totale accompagnant la suppuration de la plaie. Une gangrène partielle est ordinairement causée par l'exiguité du pédicule, une insuffisance de nutrition, une compression localisée, un petit foyer de suppuration.

Mais de tels accidents seront évités en prenant des précautions nombreuses que nous avons indiquées et sur lesquelles il n'était pas inutile d'insister.

Au Congrès de chirurgie de 1889, M. Berger signale 30 opérations qui lui ont donné d'excellents résultats. En 1891, à la Société de chirurgie (séance du 11 février), il déclare avoir pu constater dans une

cinquantaine d'opérations que ce procédé d'autoplastie est en réalité *simple dans son exécution et sûr dans ses résultats*. La préparation demande seulement de l'attention et de la réflexion de la part du chirurgien.

M. Kirmisson, M. Jalaguier, M. Poncet, de Lyon, M. Phocas, de Lille, ont publié un certain nombre d'observations qui confirment les données de M. Berger.

Nous tenons à en citer ici deux afin de bien montrer l'excellence des résultats opératoires.

Il ne s'agit pas de tumeurs, mais de déformations et d'adhérences donnant des cicatrices vicieuses et auxquelles on a appliqué avec succès la méthode italienne, l'une empruntée à la thèse de Trichet est de M. Berger, l'autre est personnelle et recueillie dans le service du D^r Dayot, à Rennes.

OBSERVATION I

De M. BERGER.

Il s'agit d'une cicatrice vicieuse fixant le pouce sur la face dorsale de la main gauche et entraînant une impossibilité absolue de se servir de la main.

Après ablation des brides, on fait l'application dans le premier espace interosseux d'un lambeau pris sous le sein droit.

Il est laissé dix-sept jours adhérent par son pédicule.

La guérison est complète et le résultat fonctionnel parfait.

OBSERVATION II (Personnelle).

X..., âgé de 12 ans. Entré le 10 mars.

Le malade vient à l'Hôtel-Dieu pour cicatrice vicieuse de la face palmaire de la main gauche, cicatrice consécutive à une brûlure.

L'on constate les déformations suivantes : le pouce par sa face palmaire est réuni au bord radial de la main. Les autres doigts sont adhérents entre eux sur presque toute leur longueur ; c'est à peine si l'extrémité en est libre et peut exécuter quelques mouvements pour son propre compte.

Ces doigts sont en flexion et adhèrent par leur face palmaire aux éminences thénar et hypothénar.

Le malade est opéré le 18 mars.

Après avoir libéré le pouce, le Dr Dayot sépare les doigts de l'arcade palmaire, retranche le produit de la prolifération exagérée des bourgeons charnus qui encombrant celle-ci, s'attache enfin à donner un plan à peu près uni à la paume de la main. Puis il libère les quatre derniers doigts adhérents entre eux.

Il résulte donc de cette première partie de l'opération :

a) La séparation des doigts primitivement palmés ;

b) Leur redressement ;

c) La création d'une large plaie occupant les deux phalanges supérieures de chaque doigt et la moitié inférieure de la plaie palmaire.

Pour combler cette perte de substance, l'on taille au niveau de la région lombaire un lambeau de peau qui reste adhérent par ses extrémités supérieure et inférieure. On y glisse la main malade en portefeuille de façon que la face palmaire des doigts et des éminences thénar et hypothénar soit en contact avec la face profonde du lambeau cutané ; puis l'on suture aux crins de Florence les bords du lambeau à la main.

Le malade a donc la main derrière le dos. Pour le maintenir convenablement dans cette situation, après avoir recouvert la plaie de gaze iodoformée, on applique un appareil plâtré.

Quatre semaines après, le 15 avril, on ôte l'appareil, on sectionne haut et bas l'anse cutanée, de façon à libérer la main ; on enlève les points de suture désormais inutiles puisque le lambeau est adhérent à la face palmaire des doigts et de la main.

Sur cette greffe l'on applique des pansements en ayant soin de mettre à chaque fois dans la main un attelle en bois, afin d'obtenir un redressement des doigts aussi parfait que possible.

Une fois la cicatrisation parfaite obtenue, nouvelle opération consistant à fendre la partie greffée jusqu'au niveau des métacarpiens : sur chaque doigt on assure solidement le maintien de la greffe par des sutures latérales.

Dix jours après cette section, survient chez notre malade un état typhique très accentué.

A ce moment la plaie de la région lombaire qui était en bonne voie de guérison et présentait la surface d'une pièce de deux francs ; revient en quelques jours à ses dimensions primitives. Pendant toute la période typhique, il n'y a aucune tendance à la cicatrisation.

Enfin, au bout de quatre semaines la fièvre disparaît : la convalescence commence. La plaie du dos se reprend à bour-

geonner : les plaies de la main, qui du reste, n'ont pas trop souffert de cette dothiéntérie, finissent de se cicatriser.

Le malade quitte l'hôpital le 12 juin. Le 25 août il est révu complètement guéri : les doigts ont un certain degré d'agilité qui certainement eût été plus grand encore si on avait pu garder le sujet à l'Hôtel-Dieu et là, faire une éducation complète et suivie des mouvements actifs et passifs de sa main.

B. — *Inconvénients.*

Un certain nombre d'objections peuvent être faites au traitement chirurgical suivi d'autoplastie dans les tumeurs de la main.

Nous dirons de suite et ce sera la réponse à la plupart des objections sérieuses qui ont été posées, que nous ne voulons pas généraliser et qu'il n'est qu'un certain nombre de cas (la grande majorité cependant), susceptibles de ce mode de traitement.

Nous le verrons d'ailleurs au chapitre des indications et contre-indications.

Mais étant admis les cas où ce traitement semble indiqué, quels inconvénients résultant de son application pourraient rendre cette application moins utile que les autres procédés !

Nous examinerons les griefs opposés à l'opération elle-même et les griefs opposés à deux de ses conséquences, la douleur et l'immobilisation.

On a reproché à l'ablation chirurgicale ou bien

d'être incomplète ou bien de nécessiter une autoplastie parfois très difficile.

Le reproche d'être incomplet ne peut nous atteindre puisque toujours nous avons eu soin de dépasser le plus possible les limites de la tumeur.

Quant à l'autoplastie qui au premier abord a pu paraître une opération très délicate et d'indication rare, nous avons vu qu'en réalité elle se réduit à de l'attention et des soins.

Mais en prenant ainsi un lambeau sur une autre partie du corps, ne crée-t-on pas une seconde plaie, susceptible de toutes les complications des plaies ?

Certes, l'on produit une autre perte de substance, mais elle n'est pas toujours très considérable ; d'ailleurs elle est en plein tissu sain, à l'abri de l'infection par un pansement suffisant ; en admettant qu'on ne puisse en réunir les bords par première intention, une réunion secondaire ou même quelques greffes dermo-épidermiques suffisent toujours à la guérir rapidement et dans les meilleures conditions possibles.

On a prétendu que le bistouri exposait à la repululation, à la généralisation en ouvrant des vaisseaux et en déterminant ainsi la dissémination des cellules épithéliales ou des bacilles de Koch dans l'organisme.

Mais remarquons que la bande hémostatique d'Esmarch doit toujours être appliquée et qu'il ne s'écoule pour ainsi dire pas de sang pendant que l'on opère, d'autre part, dans les cas dont nous parlons, le chi-

rurgien opère en tissu sain à 1 cc. et plus de la tumeur il ne touche pas aux éléments de cette tumeur, il ne fait pas de délabrements.

Est-ce qu'un raclage, une cautérisation au thermocautère n'exposeraient pas davantage à une généralisation ?

Et non seulement cette généralisation semble moins probable, mais nous faisons un traitement complet nous extirpons les ganglions et toutes les parties malades.

D'ailleurs plus l'on attendra, plus les chances de généralisation deviendraient grandes, l'on aurait donc tort de réduire l'intervention sanglante, comme le voudrait Decloux (1), aux seuls cas désespérés, alors que les autres traitements auraient échoué, aux cas de cancers profonds et étendus, car bien qu'à ce moment le traitement chirurgical reste le seul possible, il n'aura plus la même efficacité qu'il ont eu sans doute, si au lieu de traîner les choses en longueur on avait commencé par lui.

Quant aux récidives, lorsqu'elles se produisent, elles se font en général beaucoup plus tard quand on a fait une opération complète que lorsqu'on a tenté un raclage, de cautérisation ou même de la photothérapie. A chaque instant, à la suite de ces traitements, il se reproduit dans la cicatrice de petits noyaux cancéreux ou lupiques que l'on est obligé de traiter. Avec l'ablation chirurgicale large et faite à temps, la réci-

1. Decloux. Thèse inaugurale.

dive est peut-être moins fréquente ; d'ailleurs quand elle a lieu, elle se reproduit, comme l'a fait observer M. Broca, sous la forme de très petits placards qu'il est facile de détruire par un moyen quelconque.

Nous ne citerons que pour mémoire les objections faites à propos des cicatrices qu'on a accusées d'être disgracieuses, inextensibles, gênantes plutôt qu'utiles pour la fonction. Les observations que nous avons citées, les résultats donnés par la méthode italienne au dire de tous les chirurgiens qui l'ont pratiquée sont suffisants pour répondre à cette objection.

On a dit que certains malades reculent devant une opération qui les effraient, car ils ont peur d'une immobilisation prolongée, et de la douleur résultant de cette immobilisation. Il se peut que certaines personnes envisagent une opération avec un certain effroi, mais quand il faudra se soumettre aux nombreuses séances et à la longueur d'un traitement par des cautérisations ignées ou des projections de rayons lumineux, par application de caustiques chimiques ou de pâtes, plus ou moins, quelconques, alors elles se rendront compte peut-être qu'une immobilisation de quelques jours, plus gênante que douloureuse, sera peu de chose en comparaison de la persévérance nécessaire pour aboutir au résultat souvent incomplet des autres procédés.

D'ailleurs cette douleur n'est que passagère : il est de fait, comme nous l'avons vu à propos de la technique opératoire, que cette souffrance des pre-

miers jours diminue précisément grâce à l'immobilisation bien comprise et bien faite. On pourrait du reste la soulager ; quelques injections de morphine, quelques calmants surtout chez certains nerveux, seront très suffisants pour faire patienter le malade. Enfin cette patience sera augmentée par l'espoir, la certitude même d'une guérison définitive.

4. — *Indications et contre-indications.*

A. — *Indications.* — D'après M. Berger, l'ablation chirurgicale suivie d'autoplastie selon la méthode italienne est indiquée d'une façon générale dans deux catégories de faits :

1^{re} Comme méthode de nécessité dans les pertes de substance incurables, invétérées, entourées de tissu cicatriciel sur une grande étendue...

2^o Comme méthode de choix dans les grandes autoplasties de la face, où les méthodes risquent en cas d'insuccès d'augmenter la difformité.

M. Berger précise ainsi d'une façon parfaite, les indications de cette méthode pour les tumeurs de la main, mais seulement dans les cas où elle est utilisée comme méthode de nécessité.

Decloux observe de même que dans les cas désespérés, alors que toute autre méthode a échoué, on doit recourir à l'intervention sanglante.

Mais nous tenons à le rejeter : ce procédé n'est pas uniquement une dernière ressource. Au contraire,

plutôt il sera employé, meilleurs seront ces résultats.

Nous dirons d'abord que la main est une des régions où ses indications doivent se présenter le plus souvent et sont le plus facilement réalisables.

M. Berger émettait d'ailleurs le même avis à la Société de chirurgie le 9 mars 1892. « Pour la main, disait-il, ce procédé me paraît tout à fait supérieur. »

Considérons maintenant les indications de la méthode, tirées de la tumeur elle-même et de l'individu malade.

A) Du côté de la tumeur, nous avons à examiner :

1° *L'étendue*. — Dans les tumeurs à larges surfaces et à racines profondes, le traitement par les cautérisations ignées ou chimiques, la photo ou l'électrothérapie, est d'une longueur absolument désespérante et le résultat en est tout à fait incertain. Les seuls procédés discutables sont les procédés chirurgicaux : le raclage et l'ablation.

Or le raclage produit des délabrements qui sont souvent longs à se réparer : encore ces délabrements sont-ils insuffisants : d'ailleurs si le raclage peut amener une grande perte de substance nécessitant une autoplastie ; pourquoi alors ne pas recourir plutôt à l'ablation qui satisfera davantage en permettant d'agir largement et complètement ?

2° *Le siège*. — Sur le dos de la main, ces tumeurs sont très gênantes, non seulement au point de vue esthétique, mais même au point de vue fonctionnel. D'autre part, nous avons vu qu'à ce niveau les répa-

rations autoplastiques, sont relativement faciles. Le traitement chirurgical semble donc tout indiqué.

3° *L'évolution.* — Plusieurs cas peuvent se présenter :

Ou bien nous avons affaire à une affection d'allure torpide, sans tendance à la généralisation, sans tendance non plus à la guérison. C'est alors une tumeur incurable invétérée qui est gênante surtout au point de vue local. L'opération sera alors d'une incontestable utilité d'autant plus qu'on peut s'attendre à tout moment à voir un canéroïde changer d'allures et se généraliser, ou bien à observer sur un lupus des poussées épithéliomateuses qui en aggravent le pronostic.

Ou bien il s'agit d'une tumeur à marche rapide ; s'il ne semble pas y avoir encore de complications générales, viscérales ou autres il faut opérer vite.

Peut-être empêchera-t-on une généralisation qui va se produire, surtout si l'on enlève le plus complètement possible les ganglions même suspects.

B. — Du côté de l'individu. — Chez les enfants, on a rarement l'occasion d'observer ces tumeurs. Les lupus cependant s'y rencontrent : et alors l'opération peut parfaitement se faire : l'objection à poser serait-elle de l'immobilisation, mais nous avons vu dans une des observations citées qu'un résultat autoplastique très bon avait été obtenu chez un enfant à cicatrices vicieuses.

L'adulte est le meilleur terrain.

Quant au vieillard, s'il n'a pas d'état général spé-

cial, il supporte assez facilement le choc opératoire qui en réalité n'est pas exagéré. Deux des observations que nous avons citées se rapportent d'ailleurs à des vieillards de plus de 60 ans (62 et 67 ans).

Le sexe semble indifférent.

Quant à la profession, il est évident que ce traitement est tout à fait indiqué chez un ouvrier, chez un manœuvre qui a besoin de sa main pour travailler et qui ne peut se soumettre à un traitement long et suivi. Le procédé chirurgical qui est rapide et l'autoplastie qui donne une réparation solide et utile n'est donc pas à comparer avec les autres méthodes. Le cas du cocher cité dans l'observation de Faitout en est une preuve.

Enfin que l'on aie affaire au malade indigent qui se fait soigner à l'Hôpital ou à l'individu riche qui accepte de se laisser traiter dans une maison de santé ou une clinique particulière, l'on aura une indication de plus à soumettre ces malades au traitement chirurgical. Souvent, en effet, l'on hésite à entreprendre un tel procédé dans un domicile particulier, alors qu'on n'a pas le nombre d'aides suffisants et qu'on ne peut être suffisamment sûr des soins consécutifs.

B. — *Contre-indications.* — Les contre-indications se déduisent en somme des indications que nous avons exposées.

1° Au point de vue de la tumeur :

Il est évident que là où on pourra faire une réunion par première intention, on ne cherchera pas

ailleurs un lambeau réparateur. Mais on ne doit pas par crainte d'autoplastie restreindre l'étendue des tissus à enlever et risquer ainsi d'être incomplet.

Une tumeur s'étendant trop profondément ou trop en surface, et qu'on ne serait pas à peu près certain de pouvoir enlever complètement, ne semble pas demander le traitement chirurgical. Celui-ci, en effet doit-être complet ou ne pas être.

Enfin si la tumeur a une marche très envahissante si les engorgements ganglionnaires sont exagérés, si surtout des généralisations viscérales se sont déjà produites, il vaut mieux respecter la tumeur.

Ce qu'il y a de grave alors, ce n'est pas la tumeur, c'est l'état général et le traitement local, s'il n'aggraverait pas cet état, serait au moins d'une utilité très contestable.

2° Au point de vue de l'individu :

Il est un certain nombre de personnes qui refusent absolument de se soumettre à une opération, on essaiera de les persuader ; mais il en est quelques-unes près desquelles il vaudra mieux ne pas insister, car les résultats autoplastiques seraient sans doute compromis par l'impatience, la nervosité, les exigences, la pusillanimité du malade incapables de supporter pendant quelques jours une immobilisation et une souffrance cependant relative.

Restent enfin les contre-indications tirées de l'état général.

On attendra évidemment la fin d'une maladie aiguë et d'autre part l'on sait le résultat souvent désas-

treux des opérations chez les individus atteints de certaines diathèses.

Il vaudra donc mieux s'abstenir non seulement chez les cancéreux ou tuberculeux avancés, mais chez les individus présentant des signes de diabète, d'insuffisance rénale ou de syphilis.

CONCLUSIONS

I. — La main est une région du corps présentant parfois des ulcérations. Ces ulcérations le plus souvent cancéreuses ou tuberculeuses, sont situées à peu près toujours sur la face dorsale

Tant par leur siège que par leur nature, elles sont très rebelles, et leur évolution qui souvent paraît torpide, suit cependant une marche progressive; aussi ne sont-elles pas à négliger, car elles peuvent changer d'allure et donner lieu à des généralisations dangereuses.

II. — De nombreux traitements ont été appliqués à ces différentes tumeurs. Le nombre même et la variété de ces traitements prouve bien qu'aucun d'eux n'a une efficacité particulière. Tous sont passibles de critiques assez sévères. En général les résultats obtenus par les procédés médicaux, par les pâtes et les onguents divers, par les caustiques chimiques, la cautérisation ignée, la photothérapie, l'électrothérapie, ont été peu brillants. Les procédés chirurgicaux ont à leur actif des succès plus complets et plus satisfaisants.

III. — Dans les cas d'épithélioma de la main, le traitement chirurgical prime tout : il est même le seul possible. Et en effet, ou bien la tumeur est peu considérable, et l'ablation complète avec une réunion par première intention s'impose ; ou bien la tumeur présente une certaine étendue et sa destruction doit entraîner une large perte de substance ; il n'y a pas encore à hésiter ; on recourt à l'ablation chirurgicale suivie, pour réparer cette perte de substance d'une autoplastie selon la méthode italienne.

Pour le lupus, nous ne serons pas aussi exclusifs. Des lupus de petites dimensions ont pu guérir par une ou deux applications de pointes de feu. Mais dès que l'ulcération atteint une certaine étendue, le mieux est de l'enlever, quitte à procéder à une autoplastie, si la réunion ne peut se faire spontanément.

De toutes façons, il ne faut jamais attendre que ces cas soient désespérés et considérer cette méthode comme une méthode de nécessité : elle triomphe des cas les plus rebelles et sa supériorité sur les autres procédés se résume en ceci : *c'est un procédé rapide, complet, pratique et sûr.*

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANGIBAUD. — Tuberculose verruqueuse de la peau.
- AUBERT. — Traité du lupus à l'antiquaille.
- Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1886 ; juin 1899 ; août 1900.
- Archives provinciales de chirurgie, 1893.
- BERGER. — Congrès français de chirurgie, 1889-1892.
- Bulletin de l'Académie de Médecine, septembre 1887, octobre 1889-1899.
- Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie.
- BLAIZOT. — Intervention chirurgicale dans les tuberculoses locales (Thèse Paris).
- BROCQ, JACQUET ET BESNIER. — Pratique dermatologique.
- Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest, 1899, t. VIII.
- DARBOIS. — Lupus vulgaire. — Traitement suivant les indications. Thèse Paris.
- DECLoux. — Traitement de l'épithélioma cutané par la cauterisation ignée et le chlorate de potasse ou de magnésie. Thèse Paris.
- DESMATZ. — Le lupus des vieillards. Thèse Lille.
- DUPLAY ET RECLUS. — Traité de pathologie externe. Tome I.

- FAITOUT. — Quelques observations d'autoplastie avec réflexions sur les méthodes employées. Thèse Paris.
- FAURE. — Traitement du lupus par la tuberculine de Koch.
- FOUBARD. — Lupus des membres et verruqueux. Traitement par le raclage et l'ablation au bistouri.
- JACQUOT. — Lupus érythémateux. Traitement par les courants à haute fréquence.
- JALAGUIER. — Société de Chirurgie, 1889-1892.
- GAUCHER. — Traité des maladies de la peau.
- GAGNARD. — Autoplastie par la méthode italienne et la méthode Ollier-Tiersch.
- HALLOPEAU ET LEREDDE. — Traité pratique de dermatologie.
- LABICHE. — De l'épithélioma de la main. Thèse Paris.
- LANG. — Communication au Congrès de Dermatologie (août 1900).
- LASSER. — Semaine Médicale, 1893.
- LEGRAND. — Lupus. Traitement.
- LITTRÉ. — Dictionnaire (Autoplastie).
- LUTON. — Traitement de la tuberculose par les sels de cuivre.
- MASCHAT. — Revue critique sur le traitement de quelques manifestations externes de la tuberculose. Thèse Paris.
- NÉLATON. — Société de Dermatologie, juin 1899.
- OLLIER. — Bulletin de l'Académie de Médecine 1892.
- PASCAL. — Thèse Montpellier, 1898.
- PONCET. — Lyon Médical: Greffe par approche (1890).
- PRESSE MÉDICALE. — 30 octobre 1897.
- SCHWARTZ. — Société de Chirurgie (3 décembre 1890).

ROBILLARD. — Epithélioma du tegment externe. Thèse
Paris, 1898.

SEMAINE MÉDICALE. — Mai 1897, octobre 1896, 1899.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE. — Mars 1898.

THIERRY. — Thèse Paris.

TILLAUX. — Traité de Chirurgie clinique.

TRICHET. — Procédés d'autoplastie de la main.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
CHAPITRE I. — Revue critique des différents traitements employés contre les ulcérations de la main.	13
1. — Traitement de l'épithélioma.	13
2. — Traitement des lupus.	25
CHAPITRE II. — Traitement par l'ablation large et autoplastie consécutive	39
1. — Observations.	40
2. — Technique opératoire.	53
3. — Avantages et inconvénients.	61
4. — Indications et contre-indications.	73
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	81